

Detlef Petry is het boegbeeld van een deel van de Nederlandse en Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Tijdens zijn carrière heeft hij op vele plaatsen in Vlaanderen het woord gevoerd en mensen gewezen op het belang van "langzaamheid" en de trage weg naar herstel. Sinds 2009 is hij met pensioen, wat hem niet belet om te blijven spreken over zijn passie: de zorg voor de ernstig psychisch zieke burger.

12

Langzaamheid als middel voor herstel

Detlef Petry over respect voor ernstig psychisch zieken

Had u een plan toen u begon in de psychiatrie?

In mijn studietijd in Keulen heb ik als verpleegkundige gewerkt in een grote psychiatrische inrichting met oude, grote zalen, en heb ik vreselijke dingen gezien: het gebruik van spanlakens, elektroshocks, ... Dat heeft me heel erg geraakt. En er is de tweede wereldoorlog, toen er 200.000 psychiatrische patiënten werden vernietigd, en mijn vader bij de Waffen SS was.

Dat alles heeft me doen besluiten om naar de psychiatrie te gaan. In zekere zin is mijn keuze voor de psychiatrie een *wiedergutmachung* voor de patiënten.

Toen ik in 1978 de kans zag om in Maastricht te werken, was ik al tien jaar psychiater in Duitsland. Ik kwam naar Vijverdal, een gebouw met zeven verdiepingen met de uitstraling van een kantoorgebouw, gebouwd naar een voorbeeld in Chicago. Het was bedoeld als een therapietoren, waar de mensen op afspraak naar de consultatie kwamen, en dan weer naar huis gingen. Na twee jaar bleek het een misrekening. Er was enorme leegstand in de therapie-afdeling in de hoogbouw, en dan heeft men laag per laag de 200 chronische patiënten in de hoogbouw geplaatst.

Uw naam is verbonden aan het begrip triade.

Het begint bij het begrip rehabilitatie, dat voor 1978 al een betekenis had in de Duitse psychiatrie. Rehabilitatie heeft voor mij twee betekenissen: de eerste is eerherstel, de ethische kant van de waardering; de tweede is de praktische kant ervan: de mensen kansen geven om te herstellen via beschut wonen, werk, case management, ...

Mijn belangstelling voor rehabilitatie bracht me in contact met mensen in Groningen, Jaap van Weeghel, Jacques Zeelen, Jean-Pierre Wilken. En vanaf 1982 kwam Douglas Bennet naar Maastricht en toen is de rehabilitatiebeweging begonnen in Nederland.

Met de triade brengen we alle rechtstreeks betrokkenen samen: de patiënt, zijn familie en de behandelaars.

Eigenlijk was het een logisch gevolg van onze aanpak in

Vijverdal. De paradigmawissel was dat we niet te maken hebben met patiënten maar met mensen. En die mensen hebben elk een eigen levensgeschiedenis, met familie, ... en dan kom je heel snel bij de driehoek, de triade.

De mensen waren allemaal totaal verpletterd door de psychiatrie, kregen veel te veel medicatie. Samen met de huisartsen hebben we dat afgebouwd. We zijn begonnen met het differentiëren van die 200 patiënten: er waren demente mensen, en hele afdelingen met mensen met een verstandelijke handicap. We zijn met deze laatste groep naar buiten gekomen en hebben voor hen een circuit opgezet in Maastricht. Bleef dan de groep mensen met psychose, en daar hebben we ons nadien volledig op gericht.

Actieve gemeenschap

U heeft bewust gekozen om niet het management van de instelling in te gaan. Toch lijkt u een aantal inhoudelijke zaken gerealiseerd te hebben.

De eerste jaren was er niet echt een managementachtige structuur. Na vijf-zes jaar hadden we onze attitude onder de knie en konden we met onze visie naar buiten treden en daarover onderhandelen met de directie. Pas later kregen we een 'echt' management met neoliberale uitgangspunten, projecten, clusters, divisies, productiecijfers en weet ik wat allemaal. Dan begon het gevecht over de praktische dingen.

Een van mijn belangrijke thema's is de *langzaamheid*. Het vraagt veel tijd om ernstig zieke mensen tot herstel te laten komen.

Dan kwam het begrip van de actieve gemeenschap. Met wie we samenwerkten gingen we op stap, we maakten lange reizen, gingen met de bus op vakantie, op familiebezoek, er was altijd beweging. Als je met elkaar bezig bent, kom je eerder in gesprek dan op mijn kamer. De deur van mijn kamer op de gang was altijd open, voor de koffie, voor de secretaresse, ze konden binnenlopen, ook zonder afspraak. Die combinatie maakte dat mensen vertrouwen kregen in ons, ook de familie.

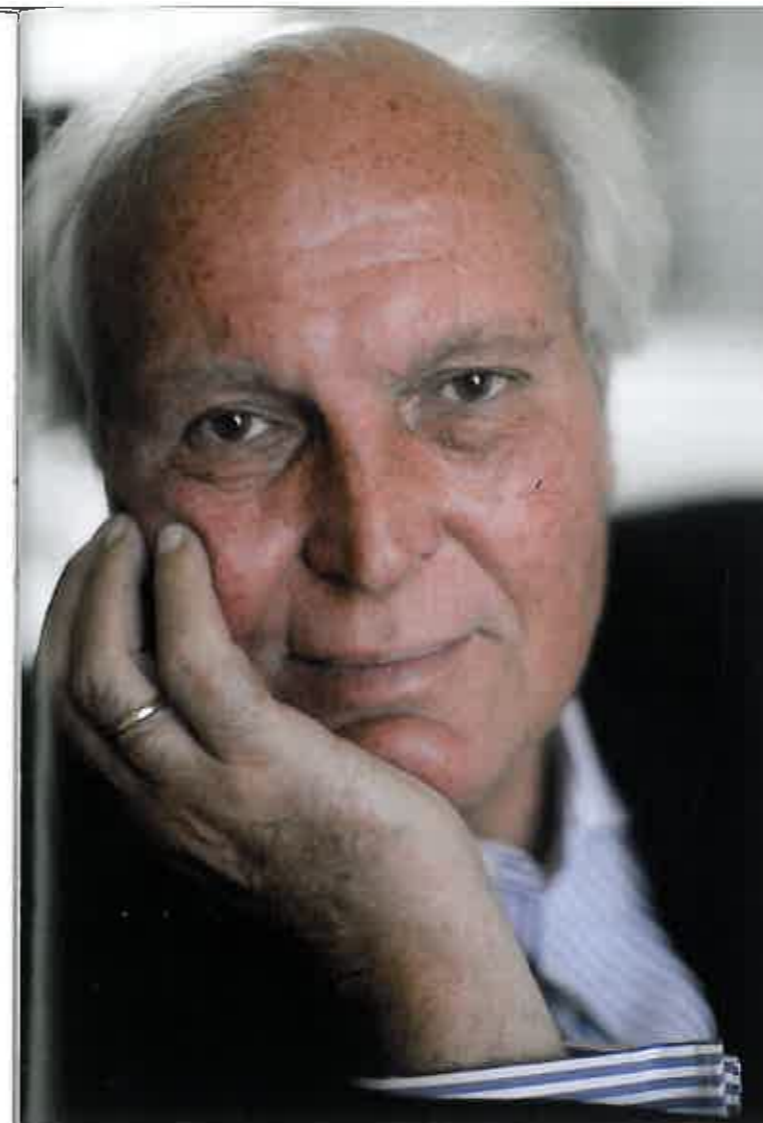


Foto: Kris Vandamme

Dan hebben we een zelfhulpgroep georganiseerd voor de familie, en later ontstond de familievereniging Ypsilon. Het groeide op alle fronten. In 1988 heb ik het eerste Nederlandstalige boek over rehabilitatie uitgebracht, de vertaling van Geoff Shepherd's *The rehabilitation of the chronic psychiatric patient*.

Op zeker ogenblik zijn we met een hele groep naar Trieste geweest waar Basaglia actief was, en daarover hebben we het boekje *Van patiënt tot burger* gemaakt. Daar deden we inspiratie om samen te werken met de RIAGG.

Dan hebben we de eerste twee congressen over rehabilitatie in Nederland in Maastricht (1987) en Groningen. Daaruit ontstond de rehabilitatiebeweging die zich tot mijn grote spijt tot verschillende scholen heeft ontwikkeld. Uiteindelijk is er een kenniscentrum gekomen over rehabilitatie (Kenniscentrum Phrenos) zodat het nu onder één hoed zit. In 1992 verscheen het tijdschrift *Passage*, later van naam veranderd tot *Tijdschrift voor Rehabilitatie*.

En we zijn van de ene kliniek naar de andere gegaan om te spreken, voor opleidingen, ... Ook in Vlaanderen zijn we op vele plaatsen geweest, de eerste keer in het Dr. Guislainziekenhuis in 1995.

Eigenlijk gaat het er om dat hulpverleners anders denken over en handelen met patiënten?

Het meest moeten de hulpverleners veranderen. Vooral de attitude van gelijkwaardigheid en respect ontbrak, men moet dat niet alleen zeggen maar ook doen, en gelukkig hadden we een hele brede groep verpleegkundigen die dat deden. En

ook naar buiten toe, vanaf 1985 zijn we de patiënten niet meer beginnen opnemen maar in de stad plaatsen in een soort pension, beschut wonen, en nazorg - outreaching. Dat was het eerste Fact-team in Nederland. Dat team, het *'still ongoing-team'*, is het beste van Nederland.

In 1991 heb ik de Gouden sleutel gekregen van de patiënten, in 1994 de kwaliteitsprijs van Ypsilon, ... In 1998 hadden we de D. Bennetprijs opgericht vanuit de rehabilitatiebeweging, en heb ik in 2001 de eerste landelijke ereprijs van het NFGV ontvangen van Paul Schnabel in Amsterdam. Maar er kwam nooit een reactie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de beroepsvereniging van de psychiaters, die zagen zich als een medisch specialist die enkel medisch-biologisch keken..

Hoe belangrijk is architectuur?

Toen hebben we gezegd dat die hoogbouw weg moest en dan bouwen we in de plaats een *'ward in a house'*, met kleine huisjes voor die mensen die het meest chronisch schade kennen en eindelijk eens tot henzelf kunnen komen, een beetje rust, privacy kunnen vinden, dat werd in 2003 de afdeling De Hage werd voor 44 mensen. In 2007 werd de hoogbouw geïmplementeerd, een hoogtepunt. Zie maar op Youtube.

Qua architectuur was het massale, de hoogbouw weg. Er werd een kleine kliniek gebouwd, en een mooi verpleeghuis, een boerderij, de huisjes, je denkt dat je in Center Parks bent. Er zijn nu nog maar 150 bedden. De meeste patiënten zijn buiten met de wijkteams.

Wijkteams

De wijkteams moeten zich engageren voor opgenomen patiënten.

Dat is voor mij zo cruciaal geweest. Mijn laatste directeur was vroeger spv-er (sociaal psychiatrisch verpleegkundige) en die heeft vroeger de RIAGG meegemaakt, en we hebben doorgezet, binnen en buiten, transmuraal, er doorheen. We hebben de stad opgedeeld in vier wijken. Elk wijkteam volgt de patiënten van zijn wijk. Zowel bij een acute opname, als wanneer de patiënt weer thuis is, of nadien weer opgenomen is. Maar onze werking is vanuit de kliniek zelf naar buiten gegroeid. De spv-opleiding is nog altijd de beste opleiding om het werk in de wijken te doen.

De rode draad is continuïteit van zorg?

Dat is de lijn, dat noem je zorgprogramma's of zorglijnen, als je buiten of binnen, het behandelen blijft hetzelfde.....continu hetzelfde, hetzelfde team. Niet telkens verschillende hulpverleners.

Maar ook in Nederland is dit uitzonderlijk?

Overal groeit er toch wat na Maastricht. Wat uniek is in Nederland is dat we doorgezet hebben. Maar er zijn veel plaatsen waar het groeit.

In Maastricht is de ligging goed, het is geen grote stad, er zijn niet al te grote maatschappelijke problemen. Als je dat in vieren deelt, dan heb je geen massale problemen. In Amsterdam was dit zo radicaal, het ging veel moeilijker.

Later hebben we aan de aan de zorg voor de langdurig zieken groepen toegevoegd die we vroeger links hebben laten liggen zoals de zwakzinnige zorg, de verslavingszorg en de acute psychiatrie.

■ Ervaringsdeskundigen in het team

Wat denkt u over ervaringsdeskundigen in de teams?

Dat is een gevecht in Nederland, dat duurt misschien nog tien of twintig jaar. Het zal nog even duren vooraleer we 50 % ex-patiënten hebben in de teams. Het is niet gemakkelijk. Dat merk ik. In ons team hebben we een ervaringsdeskundige en er is ook terugval.

Zal een ervaringsdeskundige binnen vijf tot tien jaar nog even fris de positie van een ervaringsdeskundige kunnen innemen?

Nee, dat is ook zo.

In de jaren 80-90 heb ik alle besprekingen gedaan met patiënten en familie. We waren het gewoon. Het is voor ons niets nieuws als je met je patiënt aan tafel zit. Zo is de ervaringsdeskundige vaak kunstmatig ingevoerd in een team. En dan hebben sommigen het moeilijk: in welk team kom je terecht, ziet de psychiater het zitten, voelt de patiënt zich gekwetst, voelt die zich aanvaard, of een pottenkijker of een luis in de pels? Voor ons is het normaal dat de langdurige zorg opgaat in het trialogische proces. Daardoor kenden we onze patiënten ook beter en zij ons, daardoor was er ook nooit een suïcide! Agressie kenden we nauwelijks.

Iets anders, hebben richtlijnen zin?

Voor mij persoonlijk heeft geen enkele methodiek, richtlijnen, protocol zin, ik heb zoveel gezien en meegemaakt, ik vind dat niet nodig. In bv. de rehabilitatieopleiding van Storm worden wat meer methodieken aangereikt. Daar kan ik mee leven. Onze methodiek was: elke dag opnieuw met de patiënten, de familie en wij.

Wat drijft u om vol te houden?

Je ziet vele tientallen patiënten naar buiten gaan, zelfs de meest chronische die vroeger vastgeketend aan de muur, die herstellen, mensen beginnen te schilderen, maken gedichten, maken muziek, krijgen een sprankelende hoop, gaan connecties aan met familie die ze tien jaar niet gezien hebben, stap voor stap, de ene meer, de andere minder, dat is het herstel. Dat is het wat je als resultaat ziet, dan ga je het systeem een beetje kleiner maken voor de patiënt, niet meer zo zwaar... dit heeft mij in mijn hoofd totaal bevrijd van welke ideologie ook. Gewoon de relatie met elkaar, maar wel 'volhouden', niet zomaar loslaten.

Luc Ciompy heeft een lange-termijnonderzoek gedaan in Zwitserland. Hij kwam tot de conclusie dat een kwart van de mensen genezen, 50 % schommelen (de recidivisten die we buiten hebben), en de rest blijft (de harde kern in de Hage). Dit is een hele groep die waarschijnlijk nooit meer beter wordt. Het kan heel lang duren om te herstellen, je moet je er heel lang op instellen... Gelukkig zijn er ook mensen uit de harde kerngroep die min of meer herstellen.

Heeft de manier van opname een invloed op de behandeling?

Ja absoluut. Die mensen zijn tientallen keren opgenomen en heropgenomen geweest. Zij hebben heel veel traumatische opnames gehad, medicalisering, platgespoten en van alles geslikt. In de rehabilitatie is dat van grote betekenis. Met de wijkteams proberen wij dat nu te voorkomen, niet dat ze geen twee keer opgenomen worden, maar ze blijven bij dezelfde mensen, je probeert ze niet vol te spuiten,... een preventieve opname is best mogelijk.

Zijn er dingen die je nu anders zou doen?

Nee. Twee dingen onthoud ik. De erkenning die ik kreeg door die prijzen, de film *Uitbehandeld* was een groot succes: 1 miljoen mensen die om 11u 's avonds keken. Dat was een heel leuke erkenning. Het idee dat je dat je toch niet verkeerd zit met je weg. En twee: als ik nu in Vijverdal kom zie ik enkel laagbouw. Er is een prachtig boek geschreven door een historica (Annemieke Klijn, *Vijverdal Maastricht, biografie van een gebouw, 1969 - 2007*) Het gaat over de geschiedenis de architectuur, het management, en de rode draad is de rehabilitatie, waarvan de kernboodschap veel heeft in beweging gebracht om dit mogelijk te maken.

Hoe belangrijk zijn destigmatiseringscampagnes?

Natuurlijk moet je meedoen, betogen, enz, dat is mijn vaste overtuiging. Maar wij hebben in de stad en in de wijken bijeenkomsten met burgers georganiseerd, studium generales over psychiatrie met studenten,...

'Antistigma' is als je in een wijk laat zien dat, als er iets aan de knikker is bij de buurman, je daar naartoe komt. Vroeger zeiden de mensen '*we sturen die gek naar Vijverdal*' en dan hoorden ze er niets meer van, '*en dan laten ze hem weer lopen*'. Dat is de kern, dat je mensen opvolgt.

Zonder goede zorg hebben antistigmacampagnes geen zin?

Er moet echt een combinatie zijn van zorg en campagnes. Ik ga altijd uit van een kleine gemeenschap. Ik neem me nooit voor dat ik de gehele wereld verander. Als je in een kleine gemeenschap iets kan bereiken is dat goed. Ik ben tientallen keren in de lokale krant *De Limburger* geweest en dat heeft allemaal samen bijgedragen dat in het Maastrichtse een beetje anders wordt gedacht over geestelijke gezondheid, zonder dat het daarom radicaal veranderd is.

Ik heb niets tegen websites en voorlichtingscampagnes, prachtig, er is daarmee veel mogelijk, je moet met de moderne wereld meegaan, absoluut.

Maar je kan niet enkel dat doen. Je moet het voelen wat het is om in de werkelijkheid te roeien tegen de vooroordelen.

Rik Van Nuffel
stafmedewerker VVGG

Erik Stevens
directeur Psychiatrisch Centrum Sint-Jan de Deo, Gent